

# Die Behandlungsqualität verbessern als Ziel

Der Herzinfarkt ist weltweit und auch in der Schweiz Todesursache Nummer eins. Je früher die Behandlung beginnt, desto besser sind die Chancen zu überleben und wieder gesund zu werden. Professor Paul Erne, Chefarzt Kardiologie am Luzerner Kantonsspital, informiert im Gespräch über den heutigen Stand der Behandlungsmethoden und die Zukunftsaussichten.

TEXT GEROLD BRÜTSCH-PRÉVÔT

**Sie präsidieren den Lenkungsausschuss des AMIS-Plus-Projektes. Es handelt sich dabei um ein Infarktregister mit dem Ziel, landesweit alle Herzinfarkte zu erfassen. Wie kann durch das Zusammenführen und die Auswertung dieser Daten die Behandlungsqualität verbessert werden?**  
Ziel des AMIS-Plus-Projekts ist eine gesamt-schweizerische Erfassung und Auswertung der diagnostischen und therapeutischen Massnahmen bei Herzinfarkt-Patienten. Bereits die Dokumentation der Kenngrössen garantiert, dass wir uns der Faktoren bewusst werden und schnell Zugriff haben, vergleichen und verbessern können. Vor allem helfen diese Kenngrössen, die Probleme zu identifizieren und eben zu verbessern. Es geht also vor allem darum, dass wir von den Besten lernen wollen und auch lernen können. Die Behandlungsqualität hat sich seit 1997 stetig verbessert. Die «Door to Balloon Time», also die Zeit zwischen Spitaleintritt und der Behandlung nahm ab, die Sterblichkeit im Spital halbierte sich, ebenso die Zeit des Spitalaufenthaltes und die Verabreichung wirksamer Behandlungen. Hingegen nahm die Zeit vom Symptomauftritt bis zur Spitaleinweisung kaum ab.

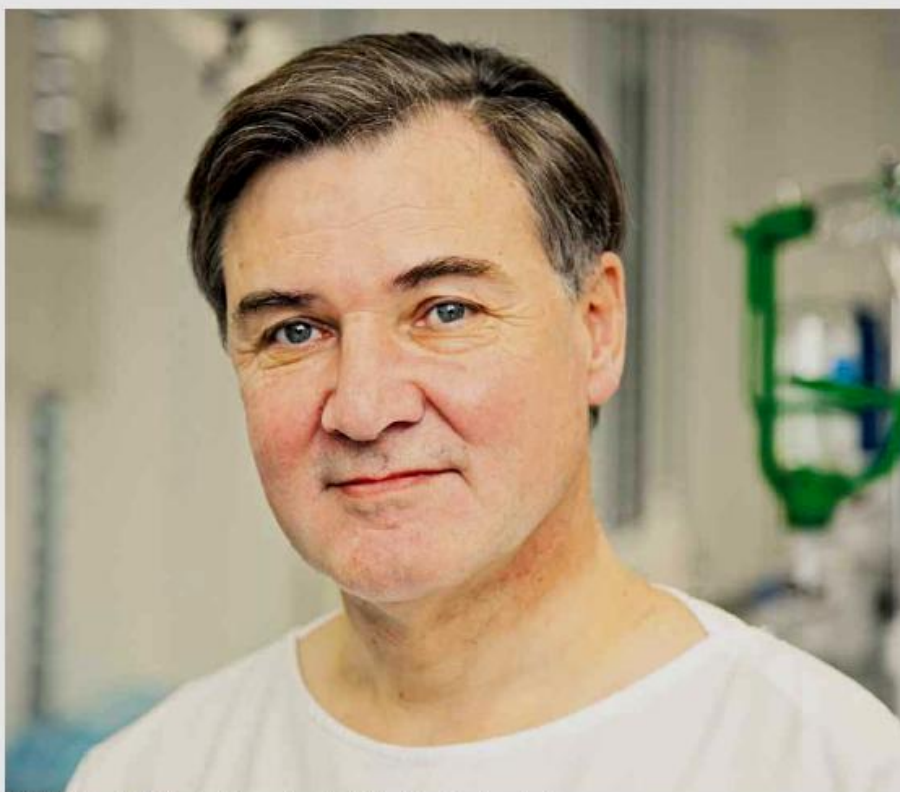
**Ein Patient oder eine Patientin wird mit einem Herzinfarkt eingeliefert – was nützt dem Spital nun der Zugriff auf die AMIS-Plus-Datenbank?**  
Eben, dass dieser davon ausgehen kann, dass man alles Mögliche daran setzen wird, um die Qualität zu verbessern oder gut zu erhalten.

**Die teilnehmenden Spitäler geben dabei Patientendaten über einen Fragebogen an ein zentrales Datencenter weiter. Ist das vom Datenschutz her unbedenklich?**  
Die Patientenangaben sind anonymisiert. Die Erfassung der Daten wurde auch von den kantonalen Ethik-Kommissionen genehmigt. Es ist auch Teil der internen Qualitätskontrolle. In Fällen, wo der Patient keine hundertprozentige Anonymität hat, muss er einwilligen, dass er nach drei respektive zwölf Monaten nach dem Infarkt nachbefragt werden darf. Auch dieser Teil wurde von den ethischen Kommissionen genehmigt. Man kann sicher sein, dass die erhobenen Daten keinem Dritten ausserhalb des Projektes zur Verfügung stehen – also weder dem BÄG, noch den Krankenkassen, dem Arbeitgeber oder einem anderen Spital.

**Wie läuft nach der notfallmässigen Einlieferung eine Standarddiagnose bei Verdacht auf Herzinfarkt ab? Der ja nicht immer eindeutig zu erkennen ist.**  
Das ist das wirkliche Problem, bei dem wir «anstehen». Bei Unklarheiten ist es besser, dass man einmal unnötig auf einer Notfallstation untersucht und beurteilt wird. Die Hauptlast tragen die Hausärzte oder das Fachpersonal beim Notruf 144, die den Patienten einweisen. Ich spreche vom «anstehenden» Problem, weil eben die Zeit zwischen Symptomauftritt und Spitaleintritt seit 1997 kaum kürzer wurde. Es stehen folgende Massnahmen an: das Patientengespräch, die klinische Untersuchung, die Herzkreislaufkurve (EKG) und natürlich eine ganze Anzahl von Laborparametern – also Biomarker, die erhöht sind, wenn eine anhaltende Unterdurchblutung des Herzens vorhanden ist. Weit oben fungiert heute das hoch sensitive Troponin. Natürlich muss man die diagnostische Genauigkeit dieser Marker kennen, die eben auch von der Herzfunktion und Nierenfunktion abhängig sein können. Seit 1997 hat sich auch die Behandlung verändert – damals war vor allem die medikamentöse Auflösung eines Gerinnsels die wesentliche Behandlung, ein verschlossenes Gefäss wurde eher selten mechanisch geöffnet. Heute wird auch die medikamentöse Auflösung die Thrombolyse, kaum mehr angewandt sondern das verschlossene Gefäss mit Ballon und Stent geöffnet.

**Derzeit werden an vielen hochfrequentierten Orten Defibrillatoren-Stationen montiert und durch Werbekampagnen eingeführt. Mit diesem Gerät können auch Laien Erste Hilfe leisten. Ist das aus ärztlicher Sicht sinnvoll und kann das die Todesfälle durch Herzinfarkt tatsächlich reduzieren?**  
Die Installation solcher Geräte zur Behandlung einer Kammererhythmusstörung macht dann Sinn, wenn die Geräte gewartet werden, und an Orten installiert werden, wo eine genügend grosse Zahl Menschen pro Jahr sein wird, also Bahnhöfe, Sportplätze und so weiter. Natürlich haben die Geräte eine systemintegrierte Selbstanalyse, was die Anwendung auch Laien möglich macht, aber trotzdem ist eine Grundausbildung sinnvoll.

**Welche medizinischen Geräte werden dafür eingesetzt? Dazu stehen viele verschiedene Typen zur Verfügung. Es wird wichtig sein, dass man sich schlussendlich auf solche einigt, die sich im Alltag bewährt haben.**



Prof. Dr. Paul Erne: «Das Problem des Ärztemangels war bereits in den frühen 90er-Jahren absehbar.»

**In der Fachpresse kann man nachlesen, dass bei einem Teil der Patienten der Infarkt immer noch zu spät diagnostiziert wird. Liegt das am Stand der Medizintechnik oder an der Erfahrung der Notfallärzte?**  
Dem ist leider so, aber es liegt oft auch an den sehr zurückhaltenden Patienten, die nicht selten zuwarten, bis jemand Zeit hat für sie. Dadurch geht wertvolle Zeit verloren. Ferner kann es daran liegen, dass sich jemand mit der Familie und Kindern vor einem Entscheid

man wird immer einen Teil von Patienten haben, bei denen Schmerzmittel wichtiger als die Diagnose ist. Trotzdem ist es sicher so, dass man Abläufe durch eine direkte fachliche Mitbegeleitung verbessern kann, damit man schneller auch etwas fokussiert, das man eben behandeln kann und es potenziell gefährlich ist, wenn man Zeit verliert.

**Wird sich das dank der AMIS-Plus-Datenbank verbessern?**  
Wir weisen stets darauf hin und hoffen, dass es sich mit der Zeit etwas verbessert. Hilfreich können auch Kampagnen sein, doch sind deren Resultate bis anhin nicht zwingend anhaltend.

**Welche Rolle spielt dabei die Medizintechnik?**  
Sie unterstützt Bemühungen zur Verbesserung der Datenerfassung und der Behandlungsqualität. Auch die Pharmaindustrie trägt dazu bei. Beide haben eigentlich diesen Auftrag gar nicht, im Gegensatz zu den Besitzern der Krankenhäuser. Die Industrie hat aber keinen Einfluss auf das Projekt, die Durchführung oder die Interpretation der Resultate.

**Rund 29 000 Menschen pro Jahr erleiden in der Schweiz einen Herzinfarkt. Mit Gewicht halten, ohne Zigaretten und mit etwas Bewegung könne man ihn verhindern, sagt man. Ist aber ein Herzinfarkt nicht bereits genetisch programmiert?**  
Es ist sicher so, dass ein Vererbungsfaktor etwas ganz schwerwichtiges ist. Es handelt sich aber um eine Vielkrankheit, also ab Disposition zur Hypertonie, Blutfetten und Zuckerkrankheit, sodass man in der akuten Situation oft ansteht und dieses Wissen nicht weiterhilft. Hingegen empfehlen wir, dass man bei frühzeitigem Auftreten eines Infarktes oder eines infarktbedingten Todesfalles in der Familie eine frühzeitige und sehr intensive Kontrolle der Risikofaktoren vornimmt.

**Derzeit wird viel über Ärztemangel diskutiert und dass die Schweiz die Ausbildung der Mediziner dem Ausland überlasse. Wie sieht es in Ihrem Fachbereich aus? Gibt es genügend Kardiologen in der Schweiz?**

Die Kardiologie hat noch viele Bewerber und Kandidaten, aber es ist so, dass auch dieser Fachbereich von interessierten Kollegen des Auslands abhängt. Das Problem des Ärztemangels war bereits in den frühen 90er-Jahren absehbar. Die Bevölkerung wird älter, die Diagnostik und Behandlung wird besser, also resultiert daraus ein grosserer Arbeitsbedarf. Zudem sind wir in gesellschaftlichen Veränderungen, die kürzere Arbeitszeiten und Auszeiten wünschbar machen. Es ist ein ganz schlechtes Zeugnis und Zeichen, wenn man die Probleme vom Ausland lösen lässt. Es müsste eben eine Reaktion seitens des Bundes und der Kantone gefordert werden, da es um Volkskrankheiten und damit vor allem um Hausarztmedizin geht. Wenn man ab 2018 die Studienplätze um 300 pro Jahr erhöht, wird sich das in der Praxis erst im Jahr 2030 auswirken. Das ist nicht eine Lösung, die vorausschauend ist und ich hätte mir eine effektivere und vor allem schnellere Lösung gewünscht.

**Sind Sie der Meinung, dass es sich um ein Verteilungsproblem handelt und ein Arzt auf 250 Schweizerinnen und Schweizer eigentlich genügen müsste? Das ist eine Verkürzung der Sichtweise. Es kommt immer darauf an, um welche 258 Schweizerinnen und Schweizer es geht. Sind sie jung und gesund, ist dies mehr als genügend. Ist es eine Population, die eben mehrheitlich über 60 ist, was die Schweiz demnach oder bereits ist, dann braucht es einfach mehr Ärzte, denn die Diagnostik und Therapie bleiben nicht stehen.**

## + Smart Facts:

Prof. Dr. med. Paul Erne studierte an der Universität Basel und ist heute Chefarzt Kardiologie / Spezialmedizin II am Luzerner Kantonsspital. Seit 1990 ist er Forschungsgruppenleiter der Cardiac Physiology, Dept. Forschung, Basel, und seit 2010 Leiter des Hypertoniezentrum Luzern.